

GEJALA GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PENDUDUK DEWASA BERDASARKAN STUDI MORBIDITAS SKRT 1995

Siti Isfandari *

ABSTRACT

MENTAL EMOTIONAL DISTURBANCES SYMPTOM AT ADULT OCCUPIED UNDER MORBIDITY STUDY – HOUSEHOLD HEALTH SURVEY 1995

Mental disease is one among the many problems that are predicted to increase as a side effect of the development process. Difficulties in coping with the changes caused by the development process were among the reasons that were assumed to be one of the sources of mental health problems.

A total of 3020 respondents who are 15 years and older with a minimum education at the Primary High School (Sekolah Menengah Pertama) level participated in the study by completing a Self Rating Questionnaire (SRQ).

The results revealed that village men in Jawa Bali aged 25 – 29 were those who felt the worst impact of the development process. It is assumed that the main reasons were associated with economic factors. There are not enough job opportunities in villages in Jawa Bali, while farming areas are shrinking everytime, not to mention if there were failures in harvests. It is no wonder that this condition could create problems for married men.

Women aged 15 – 29 showed a quite high prevalence of mental health symptoms. It was assumed that the condition had something to do with Pre Menstrual Syndrome. The reason was that there was less proportion of married women aged 15 – 29 in outer Jawa Bali compared with those in Jawa Bali, whereas Pre Menstrual Syndrome is usually experienced by mature unmarried women.

Other results revealed that there were higher mental disturbance symptom in Jawa Bali than those in outer Jawa Bali, especially for those aged above 30. It is assumed that the more intensive development process in Jawa Bali has an impact on the higher occurrence of mental disturbance symptoms.

Mental health status of the society reflects the condition of that society. Therefore, effort in alleviating poor mental health status can not be separated from improving conditions beyond health aspects, such as economic condition, and status of women.

PENDAHULUAN

Indonesia berada dalam tahap transisi demografi dan epidemiologi, sebagai konsekuensi dari proses pembangunan yang dilaksanakan. Proses pembangunan menimbulkan akibat positif,

seperti : meningkatnya status kesehatan masyarakat, dan akibat negatif, seperti meningkatnya kasus gangguan mental emosional. Studi Morbiditas SKRT 95 mendapatkan prevalensi gejala gangguan mental emosional 140 per 1000 penduduk¹⁾. Kemajuan industri, perdagangan

* Peneliti pada Puslit Penyakit Tidak Menular, Badan Litbangkes, Departemen Kesehatan RI

dan peradaban berhubungan dengan meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa yang merupakan reaksi terhadap tekanan hidup dan perubahan peran sosial yang dialami²⁾. Peningkatan kasus gangguan mental emosional tidak dapat dihindari, namun dapat ditangani.

Esensi dari pembangunan adalah perubahan. Diperlukan usaha untuk dapat menyesuaikan dengan perubahan²⁾. Bagi yang berhasil, akan terbentuk manusia yang sehat dan adaptif. Namun tidak semua orang berhasil sempurna dalam upaya menyesuaikan diri dengan perubahan. Bagi yang kurang berhasil, akan tampak diantaranya dalam bentuk adanya gangguan mental emosional. Besarnya permasalahan gangguan mental emosional menggambarkan kebutuhan akan pelayanan kesehatan jiwa.

Tulisan ini bermaksud untuk memberi gambaran mengenai besarnya permasalahan gejala gangguan mental emosional berdasarkan beberapa karakteristik demografi. Diharapkan dapat dijadikan salah satu masukan dalam membuat kebijakan pelayanan kesehatan jiwa.

BAHAN DAN CARA

Subyek penelitian adalah responden Morbiditas - Susenas 95 berusia di atas 15 tahun berpendidikan minimal SMP yang mengisi Self Rating Questionnaire (SRQ)¹⁾. SRQ merupakan instrumen untuk mengetahui adanya gejala gangguan mental emosional pada orang dewasa; berisi beberapa gejala yang mencerminkan adanya kelainan pada orang dewasa. Instrumen ditanyakan kepada responden.

Terdapat 3020 orang dewasa usia 15 tahun ke atas yang mengisi SRQ. Variabel sertaan dalam analisis adalah ada/tidaknya kemungkinan seseorang mengalami gejala gangguan mental emosional. Seseorang digolongkan memiliki gejala gangguan mental emosional bila memiliki skor paling sedikit 6 pada instrumen SRQ.

Ada beberapa variabel bebas untuk membedakan kejadian gejala gangguan mental emosional orang dewasa. Dalam analisis ini ingin diketahui hubungan antara faktor sosiodemografi dengan kejadian gejala gangguan mental emosional orang dewasa.

Kelompok variabel demografi adalah: usia orang dewasa, daerah tempat tinggal, lokasi, dan jenis kelamin. Pada variabel-variabel ini dilakukan pengelompokan (*recoding*) agar hasil lebih mudah dimengerti dan mempunyai makna. Analisis menggunakan χ^2 kuadrat dengan gejala gangguan mental emosional sebagai variabel sertaan dan variabel demografi sebagai variabel bebas. Analisis dibagi berdasarkan lokasi Jawa Bali/luar Jawa Bali dan jenis kelamin untuk lebih memperjelas gambaran.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa prevalensi gejala gangguan mental emosional pria di Jawa Bali lebih tinggi dibanding pria di luar Jawa Bali (162 per 1000 vs 101 per 1000). Namun apabila dilihat per daerah, tampak pria di desa Jawa Bali mempunyai prevalensi gejala gangguan mental emosional tertinggi (209 per 1000), sementara rekannya di luar Jawa Bali memiliki prevalensi terendah (87 per 1000). Bagi pria di kota, tidak terlihat perbedaan prevalensi gejala gang-

guan mental emosional yang tajam, walaupun pria di Jawa Bali mempunyai prevalensi sedikit lebih rendah dibanding rekannya di luar Jawa Bali (110 vs 121 per 1000). Terlihat sebaran prevalensi gejala

gangguan mental emosional yang cenderung hampir merata pada wanita, baik berdasarkan kawasan Jawa Bali vs luar Jawa Bali, maupun berdasarkan lokasi desa vs kota.

Tabel 1. Gejala Gangguan Mental Emosional Berdasarkan Jenis Kelamin dan Daerah.

		Pria				Wanita			
		SRQ > 0		SRQ=0		SRQ > 0		SRQ=0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Jawa Bali	Kota	36	11,00	290	89,00	53	13,30	345	86,70
	Desa	75	20,90	284	79,10	57	15,60	308	84,40
	Total	111	16,20	574	83,80	110	14,40	653	85,60
Luar Jawa Bali	Kota	36	12,10	262	87,90	52	14,20	315	85,80
	Desa	37	8,70	388	91,30	76	15,80	406	84,20
	Total	73	10,10	650	89,90	128	15,10	721	84,90

Tabel 2. Gejala Gangguan Mental Emosional Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Usia.

Usia (tahun)	Pria SRQ > 0		SRQ=0		Wanita SRQ > 0		SRQ=0	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19	21	13,10	139	86,90	38	16,70	189	83,30
20-24	27	15,10	152	84,90	48	19,40	200	80,60
25-29	42	19,40	174	80,60	39	16,00	205	84,00
30-34	20	12,10	145	87,90	30	14,30	180	85,70
35-49	43	10,40	371	89,60	55	13,20	363	86,80
50-	31	11,30	243	88,70	28	10,60	237	89,40
Total	184	13,07	1224	86,93	238	14,80	1374	85,20

Dari Tabel 2 tampak bahwa berdasarkan kelompok umur, terlihat penyebaran prevalensi gejala gangguan mental emosional yang cenderung merata di kelompok pria, walaupun terlihat sedikit peningkatan di kelompok umur 20 – 24 dan 25 – 29. Sementara di kelompok wanita tampak terdapat prevalensi gejala gangguan mental emosional lebih tinggi pada kelompok umur 15 – 29 dengan prevalensi tertinggi di kelompok umur 20 – 24 (194 per 1000). Prevalensi gejala gangguan mental emosional cenderung

menurun pada kelompok umur selanjutnya. Tabel 2 juga menunjukkan bahwa secara umum tidak terdapat perbedaan prevalensi yang mencolok antara pria dan wanita. Terlihat sedikit perbedaan pola prevalensi gejala gangguan mental emosional pada kelompok umur 15 – 29. Pada golongan usia ini terdapat kecenderungan peningkatan prevalensi gejala gangguan mental emosional pada pria, sedang pada wanita cenderung hampir tetap kecuali pada golongan usia 20 – 24 tahun.

Tabel 3. Gangguan Mental Emosional Berdasarkan Jenis Kelamin, Lokasi Dan Kelompok Umur.

	Usia (tahun)	Pria		SRQ=0		Wanita		SRQ=0	
		SRQ > 0				SRQ > 0			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Kota	15-19	11	12,80	75	87,20	14	13,10	93	86,90
	20-24	11	13,30	72	86,70	26	19,80	105	80,20
	25-29	15	16,00	79	84,00	17	16,50	86	83,50
	30-34	9	13,00	60	87,00	16	14,40	95	85,60
	35-49	14	7,80	166	92,20	22	11,20	175	88,80
	50-	12	10,70	100	89,30	10	8,60	106	91,40
	Total	72	11,50	552	88,50	105	13,70	660	86,30
Desa	15-19	10	13,50	64	86,50	24	20,00	96	80,00
	20-24	16	16,70	80	83,30	22	18,80	95	81,20
	25-29	27	22,10	95	77,90	22	15,60	119	84,40
	30-34	11	11,50	85	88,50	14	14,10	85	85,90
	35-49	29	12,40	205	87,60	33	14,90	188	85,10
	50-	19	11,70	143	88,30	18	12,10	131	87,90
	Total	112	14,30	672	85,70	133	13,30	714	86,70

Tabel 3 menunjukkan prevalensi gejala gangguan mental emosional berdasarkan kelompok umur dan lokasi pada pria dan wanita. Terlihat sebaran prevalensi gejala gangguan mental emosional yang hampir merata pada kelompok pria di kota, kecuali pada golongan umur 30 – 34 (78 per 1000) dan golongan usia 25 – 29 (160 per 1000). Hal yang hampir serupa juga dialami oleh rekannya di desa, kecuali pada golongan usia 25 – 29 (221 per 1000). Pria di desa memiliki prevalensi gejala gangguan mental emosional lebih tinggi dibanding rekannya di kota (143 vs 115 per 1000).

Wanita di desa memiliki prevalensi gejala gangguan mental emosional agak lebih tinggi dibanding rekannya di kota (159 vs 137 per 1000). Prevalensi gejala gangguan mental emosional agak tinggi pada wanita perkotaan terdapat pada golongan usia 20 – 29 (198 dan 165 per 1000), kemudian terjadi penurunan

prevalensi pada golongan usia sesudahnya. Terdapat pola yang agak berbeda pada rekannya di desa. Prevalensi tertinggi justru dialami oleh kelompok wanita golongan usia 15 – 19 (200 per 1000), kemudian menurun, namun tetap dengan prevalensi yang cukup tinggi. Prevalensi terendah terjadi pada golongan usia di atas 50 tahun.

Berdasarkan golongan umur, prioritas tampaknya dapat diberikan pada pria di desa golongan usia 25 – 29, wanita di desa golongan usia 20 – 29, dan wanita di kota golongan usia 20 – 24.

Dari Tabel 4 dapat dilihat bahwa pria di Jawa Bali memiliki prevalensi gejala gangguan mental emosional tertinggi (162 per 1000), sementara rekannya di luar Jawa Bali terendah (101 per 1000). Bagi wanita, tidak terdapat perbedaan prevalensi gejala gangguan mental emosional yang bermakna, walaupun wanita di luar Jawa Bali

mempunyai prevalensi gejala gangguan mental emosional sedikit lebih tinggi (151 per 1000) dibanding rekannya di Jawa Bali (144 per 1000). Perhatian khusus agaknya

diperlukan bagi wanita usia 15 – 29 tahun karena kecenderungan prevalensi gejala gangguan mental emosional yang agak tinggi (197 /211 per 1000).

Tabel 4. Gangguan Mental Emosional Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia dan Daerah.

	Usia (tahun)	Pria				Wanita			
		SRQ > 0		SRQ=0		SRQ > 0		SRQ=0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Jawa – Bali	15-19	10	12,8	68	87,2	14	12,4	99	87,6
	20-24	16	16,0	84	84,0	20	17,4	95	82,6
	25-29	23	19,5	95	80,5	15	12,3	107	87,7
	30-34	14	16,1	73	83,9	16	15,8	85	84,2
	35-39	9	13,8	56	86,2	11	12,8	75	87,2
	40-44	8	11,9	59	88,1	14	16,3	72	83,7
	45-	31	18,2	139	81,8	20	14,3	120	85,7
	Total	111	16,2	574	83,8	110	14,4	653	85,6
L. Jawa Bali	15-19	11	13,4	71	86,6	24	21,1	90	78,9
	20-24	11	13,9	68	86,1	28	21,1	105	78,9
	25-29	19	19,4	79	80,6	24	19,7	98	80,3
	30-34	6	7,7	72	92,3	14	12,8	95	87,2
	35-39	6	6,7	83	93,3	12	11,0	97	89
	40-44	9	10,5	77	89,5	9	13,6	57	86,4
	45-	11	5,2	200	94,8	17	8,7	179	91,3
	Total	73	10,1	650	89,9	128	15,1	542	84,9

DISKUSI

Prevalensi gejala gangguan mental emosional dari data SKRT dengan menggunakan SRQ adalah 140 per 1000¹⁾. Dengan menggunakan instrumen SRQ, penelitian di Tana Toraja mendapatkan angka 167, namun diakui bahwa angka ini terlalu tinggi³. Penelitian di Palembang dengan menggunakan General Health Questionnaire mendapatkan prevalensi gangguan mental emosional non psikotik 93 per 1000⁴⁾.

Dari Tabel 1 terdapat hasil yang sangat menarik yaitu tingginya prevalensi gejala gangguan mental emosional pria di daerah pedesaan Jawa – Bali

(209 per 1000). Tingginya prevalensi di daerah pedesaan tidak sesuai dengan asumsi yang menyatakan bahwa daerah pedesaan memiliki prevalensi gangguan mental emosional lebih kecil dibanding kota, karena lebih kecilnya *pressure* yang dialami penduduk pedesaan. Pendapat ini kurang disetujui oleh Burton – Bradley⁵⁾ yang menyatakan bahwa di daerah pedesaan pun terdapat gangguan mental emosional, karena masyarakat di pedesaan juga mempunyai masalah sendiri, di antaranya adalah: ketidakmampuan melakukan peran yang diharapkan, kesulitan komunikasi, ketidakmampuan mentaati aturan, dan lain-lain, seperti yang terjadi di PNG⁵⁾.

Timbul pertanyaan apa yang menyebabkan tingginya gejala gangguan mental emosional pria di pedesaan Jawa Bali. Diduga hal ini berkaitan dengan faktor sosial ekonomi. Di daerah pedesaan Jawa Bali kurang banyak terdapat lapangan pekerjaan, sementara areal pertanian semakin sempit. Di samping itu dapat pula diartikan bahwa pria di pedesaan Jawa Bali kurang siap menghadapi perubahan yang timbul akibat modernisasi yang menuntut persaingan.

Bila dilihat dari Tabel 3 dan Tabel 4, diperkirakan tingginya gejala gangguan mental emosional di pedesaan Jawa Bali terutama dialami oleh pria golongan usia 25 – 29 tahun. Golongan usia ini adalah golongan usia pria menikah dan memiliki keluarga⁶⁾. Terbatasnya lapangan pekerjaan dan sempitnya lahan pertanian diperkirakan dapat menimbulkan kesulitan ekonomi yang dapat menjadi salah satu kontributor terjadinya gangguan mental emosional⁷⁾. Akan lebih menarik, jika diadakan analisa keadaan ekonomi penduduk desa luar Jawa Bali dan Jawa Bali untuk lebih memastikan adanya hubungan.

Dengan melihat Tabel 1, 3, dan 4, rendahnya prevalensi gejala gangguan mental emosional pria desa di luar Jawa Bali diduga terutama terdapat pada golongan usia 45 – 49 tahun. Keadaan ini tidak mengherankan, karena pada usia ini mereka berada pada tahap yang stabil, baik keluarga maupun ekonomi. Dapat pula pria di pedesaan luar Jawa Bali belum mengalami gegap perubahan seperti yang dialami rekannya di desa Jawa Bali.

Agaknya pria golongan usia 25 – 29 di desa Jawa Bali merupakan kelompok yang merasakan akibat paling tidak mengenakan dari proses pembangunan.

Secara umum pria di Jawa Bali mempunyai prevalensi gejala gangguan mental emosional lebih tinggi dibanding rekannya di luar Jawa Bali terutama untuk golongan usia 30 tahun ke atas. Bahwa pembangunan lebih banyak terjadi di Jawa Bali, membuktikan proses pembangunan dapat merupakan kontributor terjadinya gejala gangguan mental emosional pada pria, dalam kaitannya dengan stressor sosial yang ditimbulkan, seperti persaingan, penyesuaian, dll.²⁾

Tabel 4 memperlihatkan hasil yang menarik, yaitu tingginya gejala gangguan mental emosional pada wanita di luar Jawa Bali, terutama golongan usia 15 – 29 tahun. Diduga hal ini berkaitan dengan gejala Pre Menstrual Syndrome.

Pre Menstrual Syndrome adalah gejala gangguan mental emosional yang berkaitan dengan fungsi reproduksi⁸⁾. Terdapat pendapat yang menyatakan bahwa semakin jauh manusia dari kodratnya karena kemajuan peradaban, semakin dia dihadapkan pada kegilaan⁹⁾. Kehamilan dipandang sebagai hal yang penting bagi wanita untuk menjaga kewarasannya¹⁰⁾. Pada beberapa budaya, Pre Menstrual Syndrome diatasi dengan pernikahan atau *sexual intercourse*¹¹⁾. Namun ada pula yang menyatakan bahwa Pre Menstrual Syndrome adalah upaya wanita untuk mengadakan penyesuaian ketidaksetaraan komunikasi, hubungan interpersonal, sosial, dan ekonomi¹¹⁾.

Tingginya gejala gangguan mental emosional pada wanita luar Jawa Bali dapat berkaitan dengan Pre Menstrual Syndrome. Berdasarkan SDKI 94¹²⁾, proporsi wanita menikah golongan usia 15 – 29 di Jawa Bali lebih tinggi dibanding di luar Jawa Bali. Karena Pre Menstrual Syndrome berkaitan dengan budaya, akan

menarik bila dilakukan penelitian yang berkaitan dengan hal ini.

Pada wanita golongan usia 30 tahun ke atas, prevalensi gejala gangguan mental emosional pada wanita Jawa Bali sedikit lebih tinggi dibanding rekannya di luar Jawa Bali. Dengan asumsi bahwa wanita 30 tahun ke atas telah menikah, maka kecenderungan lebih tingginya gejala gangguan mental emosional wanita di Jawa Bali diduga berhubungan dengan proses modernisasi, seperti peran ganda, kewajiban untuk memenuhi tugas rumah tangga dan pekerjaan kantor, dan lain-lain¹³⁾. Hal ini didukung pula oleh meningkatnya prevalensi gejala gangguan mental emosional pada usia lanjut. Oppenheimer menyatakan bahwa pada tahap tertentu, modernisasi dapat merugikan pada wanita, terutama usia lanjut¹⁴⁾.

Secara umum wanita memiliki prevalensi gejala gangguan mental emosional lebih tinggi dibanding pria, kecuali pada Tabel 4 di mana pria memiliki prevalensi lebih tinggi. Kecenderungan tingginya gejala gangguan mental emosional pada wanita telah banyak ditulis, berkaitan dengan masih marjinalnya posisi perempuan di negara berkembang¹⁵⁾ termasuk Indonesia, juga struktur masyarakat yang cenderung *patriarchaat*¹³⁾. Setelah pembahasan mengenai kejadian gejala gangguan mental emosional, perlu dibahas mengenai aspek pelayanannya. Cukup tingginya prevalensi gejala gangguan mental emosional di luar Jawa Bali, mengisyaratkan bahwa penduduk luar Jawa Bali membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa seperti halnya penduduk Jawa Bali.

Upaya kebijakan Departemen Kesehatan agar di setiap Dati I terdapat

sebuah Rumah Sakit Jiwa (RSJ) belum dapat terealisasi. Bahkan, di tempat di mana telah terdapat RSJ, cakupannya masih terbatas, karena masyarakat sulit untuk mencapai RSJ. Adanya stigma sosial di masyarakat terhadap kesehatan jiwa dan upaya pemberian pelayanan juga menyebabkan terbatasnya cakupan. Selain itu terdapat beberapa kendala, seperti: lebih diutamakannya kasus psikotik, kurang-mampuan petugas untuk melaksanakan suatu pelayanan kesehatan jiwa modern¹⁶⁾.

Untuk penanganan gangguan mental emosional di luar RSJ masih terbatas karena kurang dikenalnya gangguan mental emosional non psikotik oleh disiplin kedokteran di luar psikiatri. Sebagian besar penderita gangguan mental emosional terutama non psikotik telah berobat ke fasilitas kesehatan umum, namun sebagian besar tidak dikenali sebagai gangguan mental emosional, sehingga sebagian penderita dirujuk ke dukun dan sebaliknya¹⁶⁾.

Untuk menangani gangguan mental emosional yang makin tinggi diperlukan transformasi dari *traditional hospital based services into integrated community – oriented mental health care*¹⁷⁾ (WHO). RSJ pemerintah tetap diperlukan di daerah, namun perlu perubahan citra RSJ. Disarankan agar RSJ menjadi Rumah Sakit Umum (RSU), sehingga kasus psikiatri non psikotik juga dapat dilayani¹⁶⁾.

Dalam jangka panjang diperlukan perubahan pandangan mengenai konsep kesehatan. Bila selama ini kesehatan selalu dihubungkan dengan kesehatan fisik, perlu dimasukkan pula kesehatan jiwa. Sarana kesehatan disarankan untuk lebih *psychiatric minded*¹⁶⁾.

Adanya perubahan dari program integrasi kesehatan jiwa saat ini yang bersifat *transfer of service* menjadi pelayanan yang bersifat *transfer of skill and responsibility* sangat disarankan. Cara yang dianjurkan adalah pemberian kursus teratur kepada para dokter di Puskesmas, pembukaan bagian psikiatri di RSUD kabupaten, atau mengharuskan para dokter di daerah menganut diagnosis biaksial atau triaksial. Setiap daerah diberi kebebasan untuk menentukan warna pelayanan yang disesuaikan dengan nilai sosiokultural setempat untuk mendekatkan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat¹⁶⁾.

Selain menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan formal, agaknya perlu dipertimbangkan kerja sama dengan pelayanan kesehatan tradisional dalam penanganan gangguan mental emosional. Pengobat tradisional telah lama dijadikan tempat konsultasi bagi masyarakat dan dapat berperan serta dalam pelayanan kesehatan jiwa antara lain: penemuan kasus, perawatan dalam keluarga dan masyarakat, upaya operasional dan rehabilitasi bagi pasien mental, serta pertemuan dalam kelompok musyawarah mengenai masalah yang dihadapi oleh individu atau masyarakat¹⁸⁾.

KESIMPULAN

Prevalensi gejala gangguan mental emosional cukup tinggi baik di Jawa Bali maupun di luar Jawa Bali. Tingginya prevalensi ini mengisyaratkan bahwa masyarakat luar Jawa Bali juga membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa. Namun hal ini cukup sulit dilakukan, sebagian karena belum menyatunya pandangan mengenai kesehatan jiwa di dalam disiplin ilmu kedokteran, maupun adanya stigma dari masyarakat, ditambah

kurangnya kemampuan petugas melakukan pelayanan kesehatan jiwa yang modern. Perlu diperhatikan saran yang menyatakan perlunya perubahan orientasi pelayanan kesehatan jiwa yang *hospital based* menjadi *community based service*. Juga perhatian mengenai pelayanan kesehatan jiwa untuk kasus non psikotik.

Terdapat beberapa hasil yang menarik, yaitu tingginya prevalensi gejala gangguan mental emosional di desa di Jawa Bali untuk golongan pria usia 25 – 29, yang diduga berkaitan dengan faktor ekonomi dan tekanan keluarga. Tingginya prevalensi gangguan mental emosional wanita golongan usia 15 – 29 di luar Jawa Bali juga menarik untuk dikaji. Diperkirakan ada pengaruh Pre Menstrual Syndrome, karena lebih rendahnya proporsi wanita belum menikah di luar Jawa Bali dibanding di Jawa Bali. Penelitian mengenai Pre Menstrual Syndrome berdasarkan budaya sangat menarik, karena Pre Menstrual Syndrome merupakan peristiwa universal yang telah dikaji berpuluh tahun lalu, namun sangat sedikit penelitian di Indonesia. Padahal di Indonesia terdapat bermacam budaya, dengan pantangan dan aturannya. Proses pembangunan agaknya mempunyai pengaruh terhadap kejadian gejala gangguan mental emosional, dibuktikan dengan adanya kecenderungan lebih tingginya gejala gangguan mental emosional pada penduduk Jawa Bali dibanding luar Jawa Bali terutama untuk golongan usia 30 tahun ke atas.

Dari segi pelayanan, tampaknya diperlukan perubahan orientasi pelayanan kesehatan jiwa yang awalnya berbasis rumah sakit menuju pelayanan yang berbasis masyarakat. Untuk itu diperlukan peningkatan kemampuan petugas kesehatan dalam mendiagnosis adanya

gangguan mental emosional. Kerja sama dengan pengobat tradisional juga dapat dipertimbangkan.

Timbulnya gangguan mental emosional tidak terlepas dari interaksi sosial individu dan lingkungannya, termasuk diantaranya faktor sosial ekonomi. Peningkatan status kesehatan mental emosional tidak terlepas dari upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat. Maka penanganan masalah kesehatan mental emosional tidak dapat ditangani hanya oleh sektor kesehatan, dan harus melibatkan pula sektor di luar Departemen Kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Soeharsono Soemantri, Ph.D. sebagai koordinator Susenas – SKRT 95, dr. Zainul Bakri dan staf, serta dr. Suhardi yang telah membantu tersedianya data SKRT 95. Terima kasih juga diucapkan untuk Kepala Puslit Penyakit Tidak Menular atas masukan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Survey Kesehatan Rumah Tangga 1995 (1995). Departemen Kesehatan.
2. Bahar Ernaldi (1995). Menuju Peningkatan Produktivitas dan Kualitas Sumber Daya Manusia Indonesia: Perlunya Reformasi Kesehatan Jiwa. Disertasi. Universitas Sriwijaya.
3. Deny Thong dan Tuti Maryati (1989). Prevalensi Gangguan Jiwa di Sebuah Dusun Tana Toraja. *Jiwa* th xxii no 2.
4. Bahar Ernaldi (1991). Survei Epidemiologik Palembang: Prevalensi Gangguan Psikiatrik non Psikotik. *Jiwa* thn xxiv no 4.
5. Burton – Bradley BG. (1973). Longlong. Transcultural Psychiatry in Papua New Guinea. (dalam Suryadi Gunawan: Mental Health in Irian Jaya. *Jiwa* th xiii, no 1).
6. Havighurst (1972). Early Adulthood: Selecting The Options hal 391, (dalam *Developmental Psychology Today*. 1975. Robert E Schell (coord)). Random House.
7. Nujman Jake M. (1993). Health and Poverty: Past, Present, and Prospects for the Future. *Soc Sci Med* vol 36 no 2 hal 157 – 166.
8. Frank Robert (1931). The Hormonal Causes of Premenstrual Tensions. *Archs Neurol Psychiatry*. 26. Hal 1053 (dalam Mari Rodin. 1993. The Social Construction of Premenstrual Syndrome. *Soc Sci Med* vol 35 no 1 hal 49 – 56).
9. Sheridan A. Michael (1980). Foucault: The will to truth (dalam Mari Rodin. 1993. The Social Construction of Premenstrual Syndrome. *Soc Sci Med* vol 35 no 1 hal 49 – 56).
10. Turner B. (1984). The Body and the Society: Explorations in Social Theory (dalam Mari Rodin. 1993. The Social Construction of Premenstrual Syndrome. *Soc Sci Med* vol 35 no 1 hal 49 – 56).
11. Simon B. (1978). Mind And Madness in Ancient Greece: The Classical Roots of Modern Psychiatry (dalam Mari Rodin. 1993. The Social Construction of Premenstrual Syndrome. *Soc Sci Med* vol 35 no 1 hal 49 – 56).
12. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (1994). Departemen Kesehatan , Biro Pusat Statistik, BKKBN, dan Macro Internasional.
13. Walters Vivienne (1993). Stress, Anxiety and Depression: Women's Accounts of Their Health Problems. *Soc Sci Med* vol 36 no 4 hal 393 – 402.
14. Mason Karen O. (1992). Family change and support of the elderly in Asia: What do we know? *Asia Pacific Population Journal*, vol 7, no 3.
15. Popay Jenny, Mel Bartley, and Charlie Owen (1993). Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity. *Soc Sci Med* vol 36 no 1 hal 21 –32.
16. Deny Thong (1993). Masa Depan Psikiatri Indonesia. *Jiwa* xxvi no 2.
17. World Health Organisation: Regional Medium Term Programme for The Eight General Programme of Work 1990 – 1995, Inter-Country Workshop on Research for Mental Health Planning. Dhaka 9 – 13 Sept 1989.
18. Maslim Rusdi (1987). Psikiatri Budaya di Indonesia. *Jiwa* XX no 3.